



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista

Latinoamericana

E-ISSN: 1984-6487

mariaglugones@gmail.com

Centro Latino-Americano em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

de Castro Ferreira, Carolina Branco

A emergência da adicção sexual, suas apropriações e as relações com a produção de campos
profissionais

Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 14, agosto-, 2013, pp. 284-318
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293328000012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.14 - ago. 2013 - pp.284-318 / Dossier n.2 / Ferreira, C. / www.sexualidadesaludysociedad.org

A emergência da adicção sexual, suas apropriações e as relações com a produção de campos profissionais

Carolina Branco de Castro Ferreira

Doutora em Ciências Sociais /Unicamp.
Pesquisadora colaboradora ligada ao
Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Unicamp.
Campinas, Brasil

> carolinabcf.uni@gmail.com

Resumo: O presente artigo trata da emergência, da trajetória e de contenciosos referentes a noções de adição sexual e codependência e da influência que os conhecimentos produzidos neste âmbito mantêm com questões e agendas na esfera de políticas sexuais. Isto a partir de trabalho de campo que articula o aparecimento de grupos de ajuda mútua relacionados à noção de adição sexual e amorosa, a popularização do discurso da autoajuda e a criação de serviços médicos e psicológicos especializados voltados para tratamento de vício em sexo e amor no Brasil. Além disso, exploram-se dinâmicas reveladoras da importância de elementos leigos na constituição de saberes e na estruturação de serviços médicos/especialistas, bem como representações, práticas e produção de campos profissionais situados na interface entre medicina, saberes psi e sujeitos.

Palavras-chave: sexualidade, grupos de ajuda mútua, vício em sexo e amor, campos profissionais.

La emergencia de la adicción sexual, sus apropiaciones y relaciones con la producción de campos profesionales

Resumen: El presente artículo aborda la emergencia, trayectoria y disputas referidas a las nociones de adicción sexual y co-dependencia, y la influencia que los conocimientos producidos en ese ámbito ejercen en las agendas de las políticas sexuales. Este texto se basa en un trabajo de campo que articula la aparición de grupos de ayuda mutua relacionados con la noción de adicción sexual y amorosa, la popularización del discurso de autoayuda, y la creación en Brasil de servicios médicos y psicológicos especializados dedicados al tratamiento de dichas adicciones. Se exploran además dinámicas reveladoras de la importancia de elementos legos en la constitución de saberes y en la estructuración de servicios médicos/especialistas, así como representaciones, prácticas y la producción de campos profesionales situados en la interface entre medicina, saberes psi y sujetos.

Palabras clave: sexualidad; grupos de ayuda mutua; adicción al sexo y al amor; campos profesionales

The rise of sexual addictions and its relationship with the production of professional fields

Abstract: This paper discusses the rise, trajectory and contentions regarding notions of sexual addiction and codependency, and the influence of the knowledge produced in this area on issues and agendas in the realm of sexual politics, based on fieldwork on the emergence of anonymous self-help groups linked to ideas of sexual and love addiction, the popularization of the self-help discourse and the creation of medical and psychological specialized services focused on treating sex and love addiction in Brazil. These dynamics reveal the importance of lay elements in the constitution of knowledge and the structuring of medical and specialized services, as well as representations, practices and the production of professional fields located at the interface between medicine and psych- knowledge.

Keywords: self-help groups, sexuality, sex and love addiction, professional fields.

A emergência da adicção sexual, suas apropriações e as relações com a produção de campos profissionais

Introdução

Este artigo é parte da reflexão de minha pesquisa de doutorado que buscou entender aspectos da produção de moralidades, noções e convenções afetivo-sexuais no Brasil a partir de campo de pesquisa que levou em conta três frentes etnográficas. A primeira delas diz respeito ao trabalho de campo etnográfico entre fluxos produtores de socialidade estabelecidos em grupos de ajuda mútua anônimos, ligados às ideias de adicção/compulsão sexual e amorosa.

Apesar de envolver diversos grupos, o trabalho etnográfico concentrou-se em Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA), Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA) e Codependentes Anônimos (CODA) na cidade de São Paulo. Neste contexto, frequentadores/as de diferentes grupos usavam as mesmas noções e descobri que algumas delas eram objeto de interesse explicativo e teórico, no sentido de sistematização de conhecimento e de produção de teorias nativas – alguns grupos mais do que outros, mas os significados e os sentidos circulavam em vários deles.

Deste modo, percebi que os grupos formavam fluxos pelos quais circulavam sujeitos e significados, bem como eram produtores de uma socialidade particular, da qual emergia uma noção de espaço público produzido a partir da gestão comunitária de *verdades emocionadas*, de um *ethos* confessional oriundo do universo de *vigilância carinhosa e cuidado entre iguais* dos grupos anônimos,¹ tendo em conta a concepção êmica de que a adicção ao sexo e ao amor seria uma doença de tipo crônica.²

Tomar os fluxos entre os grupos como recurso metodológico permitiu compreender a produção de tal socialidade como bricolagens de conhecimentos técnico-normativos, de convenções médicas e psicológicas, bem como de estruturas narrativas compostas por elementos religiosos e demandas pessoais que produziam

¹ Verdades Emocionadas produzem um âmbito de eficácia confessional no qual estão presentes narrativas de arrependimento, fracasso e a possibilidade da emergência de um “sujeito reforçado”. Adiante no texto crio um contraste, no entanto, sem a intenção de contrapô-lo à noção de Verdades Racionalizadas produzidas a partir do eixo do exame das disciplinas médicas.

² Agradeço a Adriana Vianna, pois esta síntese está baseada em seus comentários durante o diálogo estabelecido comigo em minha defesa de tese.

aparatos afetivo-sexuais. Neste âmbito, os sujeitos utilizam tais aparatos na busca por éticas afetivo-sexuais. Na produção de tais éticas, os modos de organização nativa dispensam a presença de especialistas, tais como psicólogos/as, médicos/as etc.

Além disso, o engajamento emocional nessa socialidade envolve a produção de teorias nativas da doença do vício em sexo e/ou amor, horizontes éticos afetivo-sexuais criados a partir de práticas pedagógicas no âmbito amoroso-sexual, e competências emocionais que produzem elementos de diferenciação social que abarcam dinâmicas e buscas de mobilidade social.

O valor de livros de autoajuda na constituição e na formação de tais grupos, bem como nas práticas e nas narrativas dos sujeitos, chamou a minha atenção para a importância de considerá-los à maneira de agentes que participam na (co)produção de contextos especialistas e populares. Nesse sentido, a segunda frente etnográfica constituiu-se de acordo com a análise e a reflexão da circulação de materiais de autoajuda, e também da propagação e da visibilidade de noções e aparatos produtores de morais afetivo-sexuais veiculados por diversas mídias de comunicação.

Durante o trabalho de campo nos grupos anônimos, reuni farto material impresso, tais como livros de autoajuda e publicações dos próprios grupos. A ideia em tomá-los como leitura etnográfica se justifica pela frequência com que livros como *Mulheres que Amam Demais*, da norte-americana Robin Norwood, e *Isto não é Amor*, do norte-americano Patrick Carnes, apareciam na narrativa dos atores, tanto dos que frequentavam os grupos como de médicos e psicólogos ligados ao tema.

Nos grupos, este tipo de livro é emprestado, oferecido como presente, digitalizado e enviado por *e-mail*, e é a partir dessas leituras e da frequência nos grupos que as explicações/saberes sobre si também são produzidos. Segundo Irvine (2005) e Levine e Troiden (2002), Patrick Carnes (*Isso não é Amor*, 1983 e 1991 – edição brasileira; *Um Suave Caminho ao longo dos Doze Passos*, 1993 e 2001 – edição brasileira) foi o maior responsável pela popularização da noção de *adicção sexual* nos Estados Unidos. Aqui, no Brasil, também pude verificar tal influência. No Ambulatório Integrado de Transtornos do Impulso (AMITI), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo, voltado para *sexo compulsivo*, os critérios diagnósticos para *compulsão sexual* são definidos e influenciados pelos trabalhos de Patrick Carnes e Aviel Goodman. O primeiro aparece como *expert* no campo da adição sexual nos Estados Unidos, e o segundo é médico psiquiatra no mesmo país. A leitura do livro *Mulheres que Amam Demais*, de Norwood, não só inspirou a fundação de grupos MADA no Brasil, como também foi o primeiro material a ser lido por um grupo de estudos no Hospital das Clínicas, que mais tarde se constituiu como o ambulatório *Amor e Ciúmes Patológicos*.

A frequência com que os sujeitos participantes dos grupos identificavam-se com diagnósticos psiquiátricos e a menção a internações em clínicas (inclusive uma

delas direcionada para tratamentos de adicção sexual), além da participação em pesquisas e tratamentos no Hospital das Clínicas em São Paulo para álcool, *amor e ciúmes patológicos* e *sexo compulsivo*, suscitaram a necessidade de procurar material sobre o surgimento de categorias médicas e noções patologizadoras contemporâneas, relacionadas ao amor e ao sexo, para a terceira frente etnográfica. Deste modo, reuni tais materiais por meio de dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos na área médico-psiquiátrica e terapêutica, e também em um breve trabalho de campo etnográfico no Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), do Instituto de Psiquiatria no Hospital das Clínicas.

Embora a invenção de novas categorias que patologizam o sexo – surgidas na segunda metade do século XX, tais como adicção e compulsão sexual e amorosa, inibição do desejo sexual ou ainda inadequação e disfunção sexual – possam e devam ser tomadas como centrais na regulação da sexualidade, justamente porque apagam as relações sociais empregadas na produção das noções de sexo e doença, elas também são criadas a partir da triangulação de imperativos e saberes médicos articulados a demandas e experiências individuais e ansiedades culturais no sentido do apelo popular e leigo destes temas (Irvine, 2005).

Sendo assim, o campo de pesquisa constituído por estas três frentes etnográficas, incluindo as relações que elas mantêm, é privilegiado para desvendar processos de constituição de subjetividades contemporâneas, considerando-se o jogo de normatizações em relação às práticas sexuais, às atividades e aos prazeres dele decorrentes, uma vez que são lugares nos quais se condensam tensões vinculadas às normas e às convenções afetivo-sexuais, tendo sido tomados como objeto de cuidados médicos e de saberes terapêuticos e psicológicos diversos.

Neste texto exploro a relação entre os fluxos e as redes dos grupos e os serviços médicos e psi mencionados do Hospital das Clínicas, levando em consideração: 1. a emergência, a trajetória e os contenciosos referentes a noções de adicção sexual e codependência e a influência que os conhecimentos produzidos neste âmbito mantêm (e parecem manter cada vez mais) em relação a questões e agendas na esfera de políticas sexuais; 2. dinâmicas reveladoras da importância de elementos leigos na constituição de saberes e na estruturação de serviços médicos/especialistas; e 3. representações, práticas e produção de campos profissionais situados na interface entre medicina, saberes psi e sujeitos.

Addicção sexual e codependência: emergência e trajetórias de categorias

No cenário internacional, o conceito de *adicção sexual* emergiu pela primeira vez entre os membros de Alcoólicos Anônimos, em Boston, no ano de 1977, nos

EUA. Alguns membros do grupo descobriram sua *condição* ao tomarem a filosofia e a ideologia de AA em relação às suas *inabilidades sexuais*; eles definiram suas masturbações frequentes, *sexo impessoal*, *dependência emocional* e relações fora do casamento como a manifestação de uma nova doença chamada *sex and love addiction*. A percepção de uma sexualidade *fora de controle* motivou esses membros de AA a encontrarem outras pessoas com problemas similares para compartilhar seus sofrimentos, com a finalidade de se *manterem sóbrios* (Levine & Troiden, 2002).

Nos EUA, o grupo Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA) também é conhecido como Augustine Fellowship. No período de seu surgimento, um de seus membros leu o livro *Augustine's Confessions*, no qual Santo Agostinho (343 a.C.) conta sua história de conversão ao cristianismo. Dentre outras questões, ele esboça um profundo arrependimento em relação a seus pecados sexuais e escreve sobre a importância de uma moralidade sexual. Rapidamente, os membros do novo grupo se identificaram: *obviamente ele era um de nós* (Irvine, 2005).

De acordo com Irvine (2005) e Groneman (2001), no cenário estadunidense desse período, vários profissionais engajaram-se no tratamento e no diagnóstico de indivíduos que afirmavam sofrer de alguma *desordem*. Esses profissionais ficaram conhecidos como *addictionologists*. O conhecimento profissional sobre a *adicção sexual* estava pautado na teoria da adicção do início da década de 70. Esta nova proposição operava com a noção de que o uso abusivo de substâncias como álcool e drogas não era prerrogativa para o vício, uma vez que qualquer excesso em termos de comportamento poderia transformar-se em dependência.

Segundo as autoras, esta hipótese tornou-se popular e amplamente generalizada a partir das ideias sobre adicção representadas pelas figuras do *trabalhador compulsivo* (*workaholic*), do *comprador compulsivo* (*shopaholic*) e do *jogador compulsivo* (*compulsive gambler*). Os proponentes da síndrome explicavam a *adicção sexual* através da expansão do paradigma das *desordens da adicção*. Muitos desses profissionais juntaram-se e abriram pequenas clínicas de tratamento para *disfunções sexuais*.

A Sexual Dependency Unit at Golden Valley, uma das primeiras clínicas nos Estados Unidos com propostas intervencionistas³ para o tratamento da adicção

³ Considero a produção do campo da medicina da adicção e seus instrumentais terapêuticos segundo os argumentos de Russo e Ponciano (2002). Os autores, ao tratarem do campo e da emergência do sujeito da neurociência, afirmam que estamos lidando com conhecimentos na órbita da medicina e das ciências do comportamento que historicamente têm características “intervencionistas”, ou seja, um conhecimento que, além da pura interpretação dos fatos, produz propostas de intervenção na vida de pessoas e coletividades. Estas implicam não somente ingerências diretas do poder público, mas também uma “penetração sutil e capilarizada no interior das famílias e na regulação das relações entre seus membros”.

sexual, definiu-a como “atração por comportamentos sexuais compulsivos obsessivos, os quais causam muito estresse ao adicto individualmente e para sua família”. A noção de adicção sexual também passou a incluir e a produzir, a partir das ideias de “perda de controle” e “incapacidade de manejar comportamentos”, noções como *masturbação compulsiva, heterossexualidade compulsiva, relações homossexuais, pornografia, prostituição, exibicionismo, voyeurismo, telefonemas indecentes, abuso sexual infantil, incesto, estupro e violência*.

No contexto norte-americano, o surgimento do campo da medicina da adicção e seus procedimentos de vigilância e advertências sobre o excesso, nos quais noções sobre temperança e abstinência se opunham diretamente às ideias de expansão e liberdade em relação ao sexo e suas práticas, veiculadas em maior ou menor grau no campo da sexualidade, dividiram profissionalmente o campo médico e *psi* sobre o tema.

Os especialistas deste campo criticaram os implantes de pênis que, segundo Irvine (2005), era um lucrativo procedimento, muito aceito entre os sexólogos. Eles também desafiaram o entusiasmo destes últimos a respeito da realização de toda e qualquer fantasia sexual, bem como do uso de pornografia. Entre os conselhos dos profissionais da adicção para os/as adictos em sexo, estava praticar o celibato e eliminar todo e qualquer material sexualmente explícito, a fim de “praticar e manter a sobriedade sexual”.

Ainda neste cenário, a noção de *codependência* também nasce no bojo da nova teoria da adicção. A bibliografia sobre o tema mostra uma grande variedade de definições, de perspectivas teóricas e, inclusive, de desacordos e de críticas. A primeira e mais clássica definição do termo aparece no final da década de 70, e descreve a *relação disfuncional* entre a esposa e seu marido alcoólatra.

A noção de codependência começava a surgir, mas ainda não com este nome, em 1951, no grupo de ajuda mútua para Familiares de Alcoólatras (Al-Anon). O grupo foi criado em Nova York por pessoas que tiveram suas *vidas prejudicadas indiretamente pelo alcoolismo*, a maioria delas sendo mulheres, esposas de homens considerados alcoólatras.

Sendo assim, a partir da década de 70, a literatura na área da psicologia/psicopatologia sobre o tema faz distinção entre *dependência* e *codependência*. É comum a primeira noção aparecer relacionada a pessoas adictas a substâncias químicas e álcool (*dependência química*). Já a segunda seria uma adicção a outra ou a outras pessoas e os problemas decorrentes disso não seriam um sintoma, mas um problema em si mesmo.

O foco na família amplia a definição do termo e passa a incluir os filhos ou qualquer indivíduo próximo envolvido no relacionamento com um alcoólico (Vampre-Humberg, 2003), embora outras definições defendam que a *codependê-*

cia poderia ocorrer independentemente do alcoolismo ou de outros transtornos causados pelo uso de drogas (Cermak, 1986; O'brien & Gaborit, 1992; Whitfield, 1991 *apud* Vampre-Humberg, 2003).

Na primeira conferência nacional sobre *codependência*, no Arizona (EUA), em 1989, emergiu a definição oficial da questão: “la codependencia es una pauta dolorosa de dependencia de comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación en un intento de estar a salvo, de adquirir una identidad y un valor de sí mismo” (Lawlor, 1992:19 *apud* Balenciaga, 1997).

Na década de 80, parece ter havido uma simbiose das concepções fisicalistas e *psicológicas* para definir a noção de adicto em geral. Neste contexto, em especial no que diz respeito à sexualidade, a definição de adicto sexual passou a articular as explicações de sua inclinação supostamente *física* de dependência com sua correlata *psicológica*, ou seja, a codependência. Neste sentido, os modelos interpretativos especialistas sobre a etiologia das doenças e a concepção de corpo corroboraram processos já em andamento sobre o entendimento do desejo sexual biologicamente determinado, presente de forma objetiva e empírica no corpo.

Ainda compõe este cenário a terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM III), publicado em 1980 pela American Psychiatric Association. Segundo Russo (2004), houve uma mudança de terminologias nesta versão do DSM que atingiu em especial os supostos transtornos/ desvios relacionados à sexualidade e ao gênero. Para Russo, a análise, ainda que superficial, das versões deste documento revela o aumento significativo nos números destas desordens e o modo como elas se transformaram em novos tipos de desvios que fazem parte do repertório de diagnósticos.

De acordo com Russo e Ponciano (2002), interpretações inteiramente fisicalistas do ser humano estão presentes em meio a saberes biomédicos no campo da psiquiatria, desde seus primórdios. A interpretação psicológica da mente, principalmente depois da difusão da psicanálise neste meio (Russo, 2004), tem convivido com seu oposto e produzido a distinção orgânico/psíquico. Atualmente, vários autores investigam o processo de emergência de um “sujeito cerebral” (Azize, 2008), ou ainda um “sujeito da neurociência” (Russo & Ponciano, 2002) constituído pela substituição de sua dimensão dual, qual seja, a afirmação de um plano *psicológico* diferente do orgânico, por uma concepção “monista”, com a finalidade de criar interpretações orgânicas e naturalistas do que tem sido entendido como psíquico ou mental.

Os avanços da neuroquímica, atrelados aos da tecnologia computacional, produziram uma das versões *cyborg* do desejo e da sexualidade, caracterizados por imagens como *hardware*, “circuitos”, “sistemas dentro do cérebro” e “programação cerebral” (Irvine, 2005). No âmbito do debate sobre a adição sexual,

encontramos teorias centradas no cérebro que propõem um número finito de possibilidades sexuais polimorfas desde a infância e, como consequência, os comportamentos seriam determinados de maneira sincrônica pela mente e pelo cérebro. Neste contexto, a noção de *predisposição* para determinados comportamentos ganha terreno e legitimidade.

Mesmo no campo especialista, os desacordos sobre como definir, tratar ou mesmo considerar a adicção sexual/amorosa e a codependência como categorias, no sentido médico e psiquiátrico dos termos, são muitos.⁴ No entanto, as explicações em que a dimensão psicológica se articula com a física são as mais comuns e as mais aceitas. De acordo com esta visão, grande parte das causas das supostas desordens sexuais teria origem em *lares disfuncionais*, *baixa autoestima* e sentimentos de *falta de valor pessoal*. Além disso, com muita frequência, o comportamento sexual adicto aparece como consequência de uma vitimação produzida anteriormente pelo *abuso* e suas diversas ramificações: sexual, física e emocional.

Na produção destas novas categorias diagnósticas, a ênfase dada à frequência do ato sexual, quem os pratica e como os pratica, e os modos pelos quais se relaciona com a importância de seu significado, está marcada por gênero. Para mostrar as mudanças, as permanências e as (re)atualizações de elementos nesse campo, farei uma breve reconstituição histórica.

Durante o século XIX e início do XX, as convicções médicas e populares consideravam que a luxúria, embora precisasse ser controlada, era um “estado natural” dos homens, mas não o era para as mulheres.⁵ Assim, nesse período, o campo de sistemas normativos e regulatórios da luxúria e do desejo constituiu a figura da ninfomaníaca.

A ninfomania era considerada uma doença orgânica que acometia mulheres e podia ser diagnosticada a partir da observação de determinados comportamentos, tais como *flerte*, *olhares sedutores* e *luxuria desenfreada*, bem como através da observação do corpo, principalmente da vagina e do tamanho do clitóris. En-

⁴ Peele, Stanton. 1999. “Is Sex really Addictive? Review of Sexual Addiction: An integrated Approach, by Aviel Goodman”. *Contemporary Psychology*, 44; Patrick, Carnes. *Addiction or Compulsion: politics or illness?* (mimeo).

⁵ As noções explicativas e classificatórias a respeito do prazer e do desejo femininos mudam significativamente no período mencionado. Até o século XVIII, nas ditas sociedades ocidentais, o modelo de entendimento do corpo, herdado dos gregos, operava com a noção de que haveria um sexo biológico, enquanto o gênero se apresentava em duas possibilidades. Neste modelo, no qual havia um sexo, homens e mulheres não eram definidos por diferenças intrínsecas em termos de natureza, de biologia e de dois corpos distintos, mas sim em termos de graus variados de perfeição e diferenças de humores e calor. Neste contexto, o prazer feminino era considerado como um elemento importante para o funcionamento das atividades corporais e reprodutivas. Sobre esta questão, ver Laqueur (2001) e Groneman (2001).

tão, um conjunto de *sintomas* definia certas mulheres como *insaciáveis sexuais* e, portanto, *aberrações*. Já a contrapartida masculina da ninfomania, a satiríase, era diagnosticada com muito menos frequência, pois os mesmos comportamentos interpretados como desordens nas mulheres nem sempre constituíam uma doença para os homens. Além disso, quando diagnosticada a satiríase, não era tratada pela castração, o equivalente da clitoridectomia e ovariotomia⁶ recomendadas por alguns médicos para a ninfomania (Groneman, 2001).

No contexto contemporâneo da medicalização da sexualidade, vários autores e também o material que reuni apontam para uma mudança neste cenário. A ideia “clássica” do adicto sexual é relacionada à sexualidade masculina, enquanto a definição de adicção sexual feminina articula sempre a frequência do ato sexual com seu significado. Por exemplo, nos textos de Goodman, psiquiatra americano que tem se empenhado em pesquisas para estabelecer critérios diagnósticos para a adicção sexual, todos os exemplos clínicos tratam de homens brancos e de classe média americanos.⁷ No final da década de 80, Charlotte Davis Kasl, no livro *Women, Sex and Addiction*, articula a *adicção sexual* feminina à noção de *codependência*, definindo-a como *doença devastadora* que incide sobre a mulher que faz sexo a qualquer hora, mesmo quando não o deseja, tendo em vista manter uma relação afetiva ou agradar ao parceiro (Irvine, 2005).

Observações sobre o tema no campo feminista

No campo de conhecimentos específicos acerca da sexualidade, vários autores têm apontado as relações estreitas entre políticas sexuais e produção de conhecimentos (Pollis, 1988; Bayer, 1987; Weeks, 1998; Rubin, 2003; Matte, 2005; Dose, 2003). Tais relações podem ser tensas, indiretas ou se estabelecerem na forma de alianças (Brigeiro, 2011).

Refiro-me aos cenários criados em meio à construção do sujeito *adicto*, marcada por gênero e pelas configurações elaboradas em meio ao debate feminista. Este âmbito está atravessado por tensões e formulações heterogêneas a respeito da legitimidade das noções especialistas tratadas aqui. Por exemplo, a crítica mais feroz à noção de *codependência* surgiu entre as feministas no contexto norte-ame-

⁶ Para saber sobre como estas práticas médicas, na segunda metade do século XIX no Brasil, referiam-se às relações entre a descoberta dos hormônios e as desordens que articulavam corpo, mente e moralidades femininas, consultar Rodhen (2008).

⁷ Para conhecer excelente análise a respeito das imagens racializadas que compõem as noções de *addiction* no contexto norte-americano, ver Daniels (2012).

ricano. Mesmo quando o conceito foi ampliado para definir qualquer *relação disfuncional*, segundo tal visão, ele ainda estava associado a características femininas e amplamente atrelado às mulheres, mais do que aos homens.

Segundo Schrager (1993), qualquer mulher, ao comportar-se de acordo com o estereótipo da feminilidade, já seria diagnosticada como *personalidade codependente*. Esta autora critica a noção *Amar demais (Love Too Much)* difundida pelo best-seller *Mulheres que Amam Demais (Women Who Love Too Much)*, da terapeuta estadunidense Robin Norwood, responsável pela popularização do conceito de *codependência*, que tem no cônjuge, geralmente a mulher, o coparticipante no processo de adicção em álcool e drogas.

De modo geral, Schrager (1993) argumenta que os livros de autoajuda dirigidos ao público feminino são herdeiros dos manuais de conduta e das novelas para mulheres de classe média, anteriores à medicalização da sexualidade, nos séculos XVIII e XIX, na Inglaterra e nos EUA. Ainda, ela considera que o conteúdo veiculado por eles, especialmente a noção de *amar demais*, não leva em conta o contexto social, cultural e econômico gerador de desigualdades e dificuldades para as mulheres, vitimizando-as diante da noção de doença sugerida por tal conceito. Além disso, a autora avalia em que medida essas ideias não atualizam a noção de histeria feminina e desconsideram o modo como muitas mulheres vivem, se relacionam e criam seus filhos em situações difíceis e desvantajosas.

Também no marco feminista, Collins (1993) argumenta criticamente quanto ao uso do conceito de codependência como perspectiva de trabalho social com mulheres. Ao traçar um caminho crítico muito parecido com o de Schrager (1993), a autora inclui em sua crítica que o modelo da adicção utilizado para abordar questões que envolvem o uso abusivo de substâncias químicas é inadequado para tratar de relações.

Irvine (2005) aponta como no contexto estadunidense a heterogeneidade dos grupos feministas também gerou um cenário propício para o diálogo e a aceitação das novas formas de patologização das questões afetivo-sexuais. A autora mostra como na história do movimento de mulheres nos Estados Unidos tem havido concorrências, disputas e desacordos entre significados relativos à sexualidade. Essas tradições ideológicas são complexas e nuançadas, estão presentes nos últimos 100 anos e criam a heterogeneidade do campo feminista.

As discordâncias podem ser sintetizadas a partir das ideias a respeito da vitimização sexual das mulheres e do potencial relacionado ao prazer e à experimentação do corpo. Ainda segundo Irvine (2005), a violência sexual e a vitimização foram temas recorrentes no feminismo do século XIX. Uma parte das feministas identificava o estupro, a prostituição e o desejo masculino como causas da opressão feminina. Essas ideias organizaram a tradição puritana, na qual a sexualidade

era vista como potencialmente perigosa e incontrolável.

As feministas puritanas iniciaram no último quarto do século XIX importantes mudanças institucionais nas relações de poder, alterando as leis do casamento, os direitos de propriedade e iniciando reformas educacionais para as mulheres. No entanto, a ideologia destes grupos era protecionista e frequentemente moralista, ao insistir que a sexualidade deveria ser controlada e contida. Elas também desapro davam bebidas alcoólicas para homens, criticavam a luxúria masculina e condenavam as mulheres que não aderiam aos seus princípios.

De acordo com Irvine (2005), a ideologia puritana renasce no movimento feminista na metade dos anos 70, quando grupos feministas apontam a esfera da sexualidade como principal domínio de opressão das mulheres, desconsiderando a diversidade sexual e outros fatores estruturais e econômicos. Para a autora, há vários aspectos do puritanismo feminista que são corroborados pelo discurso da *adicção sexual*. Um exemplo é o movimento antipornografia, no início da década de 80, que, além da pornografia, definiu como alvos de crítica o sadomasoquismo, a prostituição, a pedofilia e a promiscuidade sexual, reforçando estereótipos de sexo e de gênero. Além disso, tal movimento compôs alianças com grupos que atuavam contra a violência, causando assim um impacto considerável na arena política e teórica do feminismo (Gregori, 2010).⁸

Enquanto a noção de codependência foi duramente criticada no âmbito feminista, a de adicção sexual parece ter tomado outros rumos.⁹ Herman (1988), ao rever uma série de estudos e noções para compreender violências sexuais, argumenta que o modelo da adicção utilizado no tratamento do álcool e do abuso de substâncias tem se revelado um bom instrumento para compreender as motivações de homens que cometem estupros e crimes sexuais, bem como para tratá-los.

Na visão da autora, a ideia de “ciclo do abuso” utilizada por vários profissionais para explicar as causas motivacionais de estupradores e criminosos sexuais desresponsabiliza-os, além de despolitizar a discussão pública sobre violência. Herman (1988) defende que o modelo da adicção aplicado à sexualidade possibili-

⁸ Para conferir o posicionamento das feministas antipornografia, ver MacKinnon, 2000; Barry, 1997. Para tomar ciência dos desacordos em relação a estes posicionamentos e dos textos que produzem uma síntese e mostram um panorama crítico da discussão, ver Macclintock, 1993; Rubin, 2003; Kempadoo, 1998; Chapkis, 1997; Shrage, 2007; Gregori, 2010.

⁹ Seguindo caminhos diferentes, ativismos feministas têm invariavelmente se dedicado a produzir conhecimentos, chaves de interpretação e novos aparatos de verificação de verdades científicas, tencionando enunciados “clássicos” a respeito da sexualidade feminina. Para conhecer a criação de novos enunciados a respeito do desejo e da excitação sexual feminina, ver comentários e tradução da New View Campaign: Challenging the medicalization of sex, neste número.

ta distinguir entre homens que comentem crimes sexuais circunstanciais e aqueles que de fato teriam uma suposta natureza criminosa, e ele atenta ainda para a importância de perceber padrões repetitivos de comportamento que caracterizariam esses criminosos. No argumento da autora, tais padrões aparecem, por exemplo, o uso de pornografia e a busca de serviços no mercado do sexo. No entanto, antes de haver esta distinção, todos devem ser considerados criminosos sexuais.

Além disso, em sua visão, os grupos de ajuda mútua precisam ser avaliados como os mecanismos que mais êxito têm tido no tratamento de tais homens, uma vez que cometer crimes sexuais deve ser entendido como constitutivo de determinados sujeitos. Neste sentido, os grupos teriam como função não eliminar a adição, mas moderá-la a ponto de não estar mais presente no exercício sexual e, consequentemente, nas práticas sociais. Ainda, Herman (1988) defende a educação sexual nas escolas como instrumento preventivo de estupros e crimes sexuais e uma regulação social do que chama de indústria do sexo.

As inclinações normativas ligadas à sexualidade em meio ao debate feminista não são novas e estão presentes desde sua constituição como reivindicação e ator político. Se, por um lado, no campo feminista estadunidense assistimos à severa crítica à noção de codependência, pois esta seria reducionista e despolitzante no que tange às experiências de mulheres, por outro, a noção de adicto sexual parece ser cada vez mais utilizada na construção de noções ideais a respeito do criminoso ou violador sexual. Assim, não é à toa que, simultaneamente a este cenário, as noções de adicto sexual vêm sendo constituintes da problematização do desejo heterossexual masculino e da criminalização de clientes de prostitutas na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, também reforçando linhas abolicionistas no debate sobre a mercantilização do corpo.

As visões feministas tratadas aqui, principalmente em relação à adição sexual, historicamente têm condenado práticas sexuais no âmbito do mercado do sexo, assim como têm organizado as principais respostas contra a legalização/regulamentação do trabalho sexual. Este posicionamento configura o que tem sido chamado de abolicionismo contemporâneo radical, o qual identifica a prostituição como violência sexista ao incluí-la como elemento de uma cadeia contínua de causas e efeitos que começa na publicidade, envolve práticas e condutas performáticas (*strip tease*, shows eróticos e outros), e abarca o mercado matrimonial, a pornografia e, por fim, a prostituição (Piscitelli *et al.*, 2008).

No âmbito desta argumentação, a relação entre patriarcado, estratificação social e fragilidade, decorrente de situações de carências afetivas e violências físicas e sexuais vividas na infância, explicaria a prostituição de mulheres. Além disso, este tipo de abolicionismo nega qualquer ideia de prostituição livre e com consentimento no que diz respeito ao trabalho sexual, e liga o direito de se prostituir a

noções contrárias aos direitos humanos universais. Assim, a prostituição só pode ser entendida como exploração sexual, porque é a partir dela que se consegue prazer mediante o uso abusivo da sexualidade de uma pessoa, portanto, anulando o direito à dignidade, à igualdade, à autonomia e ao bem-estar. Em razão disso, essa visão tem como objetivo penalizar os clientes, pois estes seriam os culpados de infringir os direitos humanos das mulheres na prostituição¹⁰ (Piscitelli *et al.*, 2008).

Compulsão sexual e saberes no contexto brasileiro (SP)

A produção bibliográfica desde a perspectiva das ciências humanas tem problematizado a noção de adicção/vício como uma construção cultural híbrida composta por elementos ligados à criminalização, à patologização e à medicalização de comportamentos e usos de substâncias ao longo do século XX (Campbell, 2012; Kaye, 2012). De modo geral, a discussão tem girado em torno do construtivismo social *versus* a preeminência das perspectivas biologizantes, neu-roquímicas e neurofisiológicas sobre o tema, visões estas centrais para a biomedicalização deste campo.

Seguindo este debate, mas com intuito de ampliá-lo e encontrar novas perspectivas de análise, principalmente quando se trata da articulação entre as noções de adicção/vício e as novas categorias patologizadoras da sexualidade, proponho tomar tais noções como feixe de relações nas quais se articulam pessoas, imagens, convenções, enunciados, instituições e discursividades.¹¹

Neste sentido, a adicção e seus desdobramentos contemporâneos (vício em sexo e/ou amor, jogo, trabalho, internet etc.) podem ser compreendidos a par-

¹⁰ O jogo de simultaneidades que envolvem conhecimentos médicos e políticas sexuais no Brasil merece ser investigado a partir do debate feminista brasileiro a respeito da prostituição e também as noções de violência sexual e as situações de coação moral e física vinculadas a ela. Este cenário abre pistas de pesquisas importantes relativas às dinâmicas de produção de normatividades amoroso-sexuais e as possíveis reconfigurações em curso de pânicos morais e sexuais que levam em conta graus variados de patologização, medicalização e criminalização da sexualidade. Atualmente, a discussão neste contexto sobre a prostituição tem mesclado/fundido agendas e posicionamentos relativos ao turismo sexual e ao tráfico internacional de pessoas, constituindo, em geral, um cenário bastante reticente quanto à discussão da regulamentação/legalização do trabalho sexual. Embora o campo feminista local seja bastante heterogêneo, vários autores têm apontado nele a presença do abolicionismo (Piscitelli *et al.*, 2008; Corrêa & Neto Olivari, 2010).

¹¹ Esta reflexão é herdeira de um conjunto de pesquisas que têm problematizado gênero, sexualidade e mercado do sexo a partir do diálogo com os trabalhos de Strathern (2006) e Wagner (2010). Ver: Gregori (2010), Facchini (2008), França (2010), Piscitelli(2013), Oliver (2010), Belleli & Oliver (2011), Barbosa, 2010.

tir de séries conceituais que frequentemente articulam emoções e moralidades, bem como imagens, textos e metáforas corporificadas, cuja centralidade está na produção de novos regimes de sensibilidades pautados nas ideias de controle/descontrole de si.¹²

A partir desta reflexão, coloco em evidência a importância de elementos leigos na produção dos enunciados e das discursividades científicas, e também dos aparatos de verificação de verdades médicas de acordo com material etnográfico coletado no Ambulatório Integrado de Transtornos do Impulso (AMITI).

O Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), no qual está localizado o Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), atende a usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS) encaminhados/as pelas unidades e pelos serviços de saúde municipais e estaduais; também oferece atendimento a diferentes projetos de pesquisa ligados ao Departamento de Psiquiatria da instituição, os quais envolvem aluno/as de graduação, residência e pós-graduação em psiquiatria, além dos/as discentes envolvidos/as em especializações e estágios para profissionais ligados à área de saúde mental. O serviço também pode ser acessado por convênios particulares.

A inclusão de sujeitos como pacientes no AMITI se dá de diversas maneiras. Há os/as já inseridos/as nos serviços do HC que são encaminhados/as pelos profissionais ao ambulatório, bem como há aqueles que procuram diretamente pelo serviço.¹³ Para tornar-se paciente, o protocolo médico exige que, além de assistência, cuidados e responsabilidades por parte dos profissionais vinculados aos ambulatórios, o sujeito também vá à consulta com um psiquiatra e submeta-se a testes na área neurológica. Assim, existe uma circulação intensa de pacientes entre os ambulatórios e serviços no hospital:

Para iniciar este campo etnográfico, entrei em contato com uma das autoras do artigo “Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?”, publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Ela prontamente me deu acesso aos outros autores e passei a frequentar as reuniões de pesquisa e do grupo do hospital. Além disso, participei de duas supervisões da equipe que atua com *amor e ciúmes patológicos*, de uma reunião geral do AMITI e de um *grupo de acolhimento* para as pessoas

¹² Além da discussão que faço aqui, conferir Ferreira (2012) para ver em profundidade as diferentes imagens e metáforas corporificadas que adição/vício em sexo e/ou amor produzem: a partir da linguagem moral da doença nos grupos anônimos, da criação da escravidão sexual em diferentes mídias e da noção fisiologista no campo médico.

¹³ De tempos em tempos, os ambulatórios criam estratégias de comunicação para divulgar os serviços, principalmente em jornais e rádios. Por exemplo, as primeiras modalidades de visibilidade criadas pelo ambulatório do amor patológico foram anúncios no jornal Folha de São Paulo e na rádio CBN.

em tratamento *de amor e ciúmes patológicos*. Também estive presente em quatro triagens com pacientes no hospital e entrevistei formalmente com gravador e segundo roteiro semiestruturado¹⁴ cinco profissionais que atuam no ambulatório. Reuni ainda artigos, dissertações e teses sobre o tema.

Além dos serviços que o Instituto de Psiquiatria oferece à comunidade, todos os profissionais estão envolvidos em pesquisa e são lembrados por aqueles que estão situados em posições hierarquicamente superiores de como tal lugar é um “local de ponta” no que se refere à pesquisa. Neste meio, trocas intelectuais, publicações e estágios no exterior são muito comuns e bem-vindos.

Durante três meses, às quintas-feiras e eventualmente às quartas, estive pela manhã e parte da tarde no AMITI. Estes eram os dias em que as equipes do ambulatório de *amor e ciúmes patológicos* e *sexo compulsivo* reuniam-se. Além destas duas especialidades, o ambulatório é constituído pela pesquisa e pelo atendimento clínico estruturado para *bulimia nervosa*, *cleptomania*, *compras compulsivas*, *dependência de internet*, *tricotilomania* e *automutilação*. As equipes atuam separadamente nos segmentos mencionados e contam com profissionais ligados ao Hospital das Clínicas e com alunos/as que cursam a pós-graduação em psiquiatria e em áreas referentes à saúde mental da Universidade de São Paulo. De modo geral, as equipes estão articuladas e há circulação de profissionais entre as especialidades do ambulatório. Além do AMITI, também entrei em contato com outros ambulatórios e programas do hospital relacionados à sexualidade e ao gênero, como o Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTI-GOS) e o Programa Sexualidade (Pró-Sex).

De modo geral, a permanência em hospitais para trabalhos etnográficos exige uma série de autorizações e burocracias, e meu interesse não era tanto os/as pacientes do AMITI, embora tenha conhecido alguns e participado de atividades voltadas para eles/as, mas sim os profissionais. Minha ideia era levantar, a partir da trajetória profissional deles/as e da atuação no AMITI, uma parte da emergência do campo de uma medicina da adição e sua articulação com o que poderíamos denominar de “sexologia científica” (Irvine, 2005) e/ou “nova sexologia” no Brasil (Russo *et al.*, 2011), particularmente em São Paulo.

No Brasil, a constituição do campo de saberes médicos e psicológicos sobre a adição sexual e amorosa e as categorias a elas relacionadas articulam dinâmicas especialista-científicas, bem como são fortemente influenciadas pela difusão, a produção e a incorporação pelo senso comum de tais noções, principalmente a

¹⁴ Adaptei o roteiro semiestruturado utilizado na pesquisa Sexualidade, Ciência e Profissão no Brasil (Clam e Instituto de Medicina Social) para criar o que utilizei nas entrevistas com os profissionais.

partir de livros de autoajuda e da criação de grupos anônimos por sujeitos que passam a assumir tais identidades amorosas e sexuais.

A formação deste campo especialista está circunscrita ao que diversos autores têm apontado como formas contemporâneas da medicalização da sexualidade, principalmente as que ocorreram da década de 60 em diante, as quais envolvem simultaneamente controle social, disputas por discursos legítimos, produção, proliferação e politização de identidades e subjetividades, além de estarem inseridas em processos e projetos amplos e complexos de modernidade e globalização (Groneman, 2001; Irvine, 2005; Russo *et al.*, 2001).

A convenção adotada por Russo *et al.* (2011) a respeito do campo sexológico no Brasil é um eixo de reflexão importante para entendermos o material etnográfico referente ao trabalho de campo no Hospital das Clínicas, especificamente a relação com o Projeto Sexualidade (Pró-Sex) e a origem do Ambulatório Integrado de Transtornos do Impulso (AMITI).

De acordo com o referencial adotado por Russo *et al.* (2011), o campo da sexologia no Brasil pode ser organizado em duas frentes: a educação sexual e a sexologia clínica.¹⁵ A clínica sexológica brasileira, de modo geral, foi influenciada pelas propostas teóricas e os modelos de terapias sexuais comportamentais dos norte-americanos Masters e Johnson. Esse campo de saberes é produzido localmente através da criação de grupos profissionais, sociedades institucionais, programas e cursos de formação, criação de novas especialidades (por exemplo, a urologia e o aparecimento da disfunção erétil) e a entrada da indústria farmacêutica no campo.

Neste contexto, o estudo deste campo aponta tensões, uma vez que a medicina sexual estaria mais restrita à concepção biomédica, enquanto a sexologia clínica seria orientada por uma perspectiva mais holística da sexualidade. Os autores mostram como há disputas em torno da legitimidade do discurso científico, principalmente entre urologistas e ginecologistas, ao reivindicarem maior validade para a atuação profissional.

É no marco da constituição da clínica sexológica brasileira e suas articulações com a medicina sexual que localizo o recrutamento profissional na produção contemporânea de um campo médico e *psi* brasileiro que opera com noções de adição sexual/amorosa e de relacionamentos, especificamente em São Paulo.

No mapeamento do campo feito por Russo *et al.* (2011), os autores localizaram o Pró-Sex em núcleos criados em universidades. Ele foi aberto em novembro de 1993 por uma psiquiatra muito conhecida em São Paulo, por ser pioneira no tratamento do tema da sexualidade no meio médico e por ministrar o primeiro curso

¹⁵ Para saber mais sobre a educação sexual, consultar Russo *et al.* (2011) e Russo e Carrara (2002).

sobre este assunto na Faculdade de Medicina da USP. No âmbito nacional, também é bastante conhecida pelo público leigo por sua assídua participação na mídia.

Segundo o material publicado pelo núcleo no *São Paulo Medical Journal*, o Pró-Sex tem uma política multidisciplinar para o tratamento das *disfunções sexuais*, com foco em assistência, educação e pesquisas na área, porque há o entendimento de que a sexualidade e suas *desordens* não podem ser devidamente abordadas e tratadas por uma única especialidade médica. Após a fundação do núcleo, constituiu-se um serviço de atendimento à comunidade que reúne psiquiatras, ginecologistas, urologistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, além de estagiários e estudantes.

Segundo o artigo, a fundação do Pró-Sex surgiu da crescente demanda, tanto no Instituto de Psiquiatria quanto nos de outras especialidades médicas (não só, mas principalmente urologia, ginecologia e obstetrícia) no HC, de pessoas que procuravam o hospital queixando-se de *desordens sexuais*; dentre as mais presentes: *ejaculação precoce, disfunção erétil, anorgasmia ou dispareunia*. De modo geral, na circulação de pacientes entre as diversas especialidades médicas, homens e mulheres com este tipo de queixa eram encaminhados para a Psiquiatria.

Assim, o Pró-Sex foi fundado com a finalidade de criação de um protocolo médico *padronizado e cientificamente válido*, até então ausente, para o atendimento dessas queixas, o que resultava em longa espera dos pacientes pela falta de uma abordagem interdisciplinar para a questão. Depois da elaboração de um instrumento padronizado, o atendimento médico passou pela seguinte estruturação: atendimento psiquiátrico, seguido por exames urológicos e ginecológicos (dependendo do sexo do paciente); os critérios diagnósticos eram os estabelecidos pelo CID.

A articulação do Pró-Sex com o AMITI aconteceu anos depois da fundação do primeiro. Este último foi gestado no ano de 2004, durante o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Salvador, em que se reuniram para um curso de transtornos do impulso vários/as médicos/as ligados/as ao tema. O serviço de atendimento do ambulatório passou a vigorar no ano seguinte, porque, segundo estes profissionais, houve a constatação de que nos vários ambulatórios da instituição havia um contingente de pacientes que preenchiam o critério de *múltiplos diagnósticos*, o que dá origem à emergência do ator: o/a *impulsivo/a múltiplo*.

Através das entrevistas com os profissionais, foi possível recuperar o processo local de constituição destes atores, bem como a emergência de novos serviços e categorias que envolvem noções de *transtornos do impulso* e sexualidade. Diferentemente dos Estados Unidos, no contexto etnográfico pesquisado, não há a constituição de uma medicina da adição, mas a emergência e a operacionalização de categorias relacionadas à adição sexual/amorosa e de relacionamentos que acontecem no cenário local, a partir de leituras particulares de entendimentos nosológicos

e etiológicos daquilo que na psiquiatria é conhecido como a relação entre *controle do impulso e personalidade*. Então, as categorias relativas à adicção sexual, amorosa e de relacionamentos são as de *compulsão sexual e amor e ciúmes patológicos*.

Esse processo envolve trajetórias pessoais e profissionais, hierarquias e políticas dentro do campo médico e *psi* considerado, principalmente no que diz respeito à psiquiatria no Hospital das Clínicas, como disseram dois médicos psiquiatras entrevistados: “Aqui é tudo hierarquizado, às vezes não tanto como é no exército, mas igualzinho. Aqui é forte” (médico psiquiatra e professor, 43 anos); ou ainda: “[...] porque o ambiente é muito difícil, muito competitivo lá, para você conseguir que os ‘bambambãs’ se reúnam para fazer algo em comum, que não seja de um deles só, é muito complicado, é uma fogueira das vaidades” (médica psiquiatra, 42 anos).

O AMITI envolve uma série de profissionais, tais como médicos de várias especialidades, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas etc. Mas os saberes e as práticas clínicas ligadas à medicina exercem uma hegemonia na atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

A maioria dos/as profissionais entrevistados/as que trabalham no AMITI iniciaram sua formação atuando em serviços e ambulatórios que atendem a pessoas com problemas de álcool e drogas. Essa recorrência pode ser explicada no presente contexto a partir da articulação de dois elementos. Primeiro, na psiquiatria, a problemática em relação ao álcool e às drogas tem sido considerada como *síndromes do impulso*, que historicamente têm criado categorias classificatórias específicas e bastante exploradas pelos saberes médicos. Somado a isso, os/as entrevistados/as apontam o Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do HC (GRE), no início de suas formações e estágios (por volta da década de 90), como mais democrático e disposto a receber alunos/as e profissionais de outras áreas.

Em 1994, a publicação pela Associação Americana de Psiquiatria da quarta versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) trazia, no debate sobre as *síndromes impulsivas*, além das categorias já legitimadas em posições dentro da nosografia psiquiátrica, como *uso abusivo de álcool e drogas, anorexia e bulimia, jogo patológico, kleptomania e tricotilomania*, uma seção, segundo os psiquiatras, *residual* chamada “10 atos do impulso não classificados em outro lugar”, que incluía, dentre outros, comportamentos e noções relacionados à *piromania*, ao *transtorno impulsivo intermitente, à compulsão sexual, às compras compulsivas, à dependência de internet e à automutilação*.

Assim, nas articulações entre políticas e hierarquias acadêmicas se dá a constituição de objetos de pesquisa considerados legítimos pelo campo. O fundador do AMITI, considerado nacionalmente uma das referências clínicas nos estudos do *jogo patológico*, passa a buscar aliados para a construção de um modelo interpre-

tativo dentro da psiquiatria que produza mais critérios avaliativos e classificatórios, para depois, quem sabe, poderem se tornar diagnósticos, com a finalidade de explorar diferentes tipos de impulsividade.

De modo geral, no processo de constituição do AMITI, a relação com os grupos anônimos de ajuda mútua sempre esteve presente: “Aí veio o primeiro momento de impasse do trabalho que é o seguinte. Falei: ‘Já aprovou, ok’ [o projeto de criação do Ambulatório do Jogo – o ANJO]. Então, fiz contato com os Jogadores Anônimos, fui até os Jogadores Anônimos, conversei com as pessoas, pedi para participarem do projeto, alguns vieram” (médico psiquiatra, São Paulo, 2011). Além disso, segundo a equipe do ambulatório de *Amor e Ciúmes Patológicos*, os/as primeiros/as *pacientes* de tal serviço eram em sua maioria mulheres participantes do grupo de ajuda mútua MADA. De acordo com a psicóloga coordenadora, este fato chamava a atenção e, num primeiro momento, durante as *entrevistas de triagem* no hospital, era comum os/as profissionais perguntarem aos sujeitos sobre a sua participação em grupos anônimos.

Nas teorias nativas sobre a doença relacionada ao vício em sexo e/ou amor presente nos grupos anônimos, há a ideia de que a *doença muda*, a *doença migra* e, ao movimentar-se por diferentes zonas morais e físicas, mudam suas formas, práticas de manifestação, produzindo-se novos sujeitos. Neste contexto, a doença é um agente capaz de deixar rastros, *enganar, ser sorrateira, silenciosa, migrar e transitar por várias formas de associação*.¹⁶

Interessante notar que esta concepção, existente nos grupos, se traduz na emergência, no campo especialista, de um sujeito denominado *impulsivo múltiplo*. Em tal tradução, as dinâmicas presentes no campo médico e os modos de funcionamento dos serviços no hospital têm papel relevante, principalmente a forma e os elementos que os constituíram:

Aí, começou a chegar um tipo de encaminhamento engraçado. O mesmo discurso: “tô muito triste”, “tô devendo”, “pensei em tentar suicídio”, ou “tentei suicídio”, “as pessoas não me respeitam mais”, “tô devendo pra todo mundo na rua”. Aí eu perguntava assim: Tá, qual o jogo? Qual é o que tá causando mais problema? “Não, não, eu não jogo”. Mas, você não joga? “Não. É você que trata de gente impulsiva, que deve muito dinheiro?”. Sou. “Então, tô aqui pra falar com o senhor”. Quem falou pra você falar comigo? “Ah, o Moacir”. Ah, eu sempre brinco que é o critério Moacir. É a primeira vez que a gente vai fazer um registro oficial disso. Moacir é um funcionário aqui da portaria do hospital, tá há anos aqui. Não aposenta

¹⁶ Conferir Ferreira (2012).

porque vaso ruim não quebra. Há anos. O Moacir é muito amigo meu, sou muito amigo do Moacir. Primeiro paciente assim, segundo paciente assim, e todos os problemas deles eram compras. Para ser inteiramente franco, alguns não eram via Moacir, mas a maioria veio via Moacir. Então os pacientes chegam, a portaria aqui é um grande centro de triagem informal. O cara chega aí da rua, com dois milhões de problemas, a primeira pessoa com quem eles desabafam é o porteiro: "Meu, você não sabe o que tá acontecendo...". Aí o porteiro olha e pensa assim: "Você tem que falar com o [figura relevante, no caso, o próprio entrevistado]". "Quer dizer, você tá devendo, você gasta demais, você não tem juízo com dinheiro, vai falar com o [figura relevante, no caso, o próprio entrevistado]". Este é o critério Moacir. Um ou outro paciente que não era jogador, que chegou assim: "Olha, meu amigo é jogador, ele falou que você é muito bom pra ajudar pessoas que têm esse tipo de problema" (de endividamento). Mas a maioria era o critério Moacir. Aí eu fui falar com o Moacir: "Oh Moacir, que porcaria é essa?". "Mas, doutor, o cara não gasta demais? Num fica desmoralizado? Não fica todo triste? Dizendo: 'vou me matar, vou me matar'? Entendo: 'vou me matar, vou me matar'? Então trata doutor. É tudo a mesma coisa" [...] Ah, teve uma ótima, teve uma fantástica. Ligou uma mulher que tinha problema com jogos, isso foi antes do Canadá (local onde o entrevistado fez um pós-doutorado). Foram os germes que foram plantados. Quando voltei, pensei, preciso criar um espaço pra acolher essas pessoas. Ela ligou e falou assim, que tinha problemas com jogos e tal. Eu liguei, marquei, ela veio me contar a história, que ela... olha que a internet engatinhava naquela época. Você lembra de uns serviços que a Telesp tinha? Que você ligava e te colocava em contato com outras pessoas? Isso, que cruzava a linha com trinta, quarenta pessoas de uma vez? Ela ligava pra esses serviços e aí ela usava na verdade isso pra arranjar encontros sexuais. E depois ela ia pro motel com essas pessoas e tal, e numa semana ela tinha dez parceiros diferentes. Em um mês ela tinha tido quarenta parceiros diferentes. Bom, não era nem jogo nem compra. Mas ela ligou aqui dizendo que tinha problema com jogo. Eu pareci um pouco contrariado, falei assim: "Escuta, você falou que tinha problema com jogo". "Mas, então, doutor, eu jogo o jogo do amor". Danada... gosstei. No mínimo é inteligente, merece. "Explica que a gente vai te tratar". Ela tinha uma impulsividade implicada aí, e eu falei: "bom, um impulsivo com jogo, outro com compras, outro com sexo... tá na hora de conhecer essas coisas". Eu não botei esses caras pra fora. Eu fui acomodando eles ali, mas quando eu voltei do Canadá, eu falei: "tá na hora de levar isso a sério". Havia uma pressão que vinha da demanda social de pessoas com vários comportamentos excessivos, perda de controle sobre várias questões, e a gente não atendia bem. Aqui dentro, de novo, questões políticas e tal. Briga de cá, briga de lá. Pessoas contestando a minha autoridade, ou a minha capacidade pra liderar pesquisa, ensino e assistência nessas coisas. Eu falei assim: "Eu vou dar uma resposta a isso tudo. Eu vou montar um labora-

tório de impulsividade que não vai ter só jogo. Vai ter tudo o que envolve impulsividade" (médico psiquiatra, São Paulo, 2011).

Ao recuperar a constituição dos serviços voltados para tratamento de *compulsões* e transtornos do *impulso*, principalmente aqueles que envolvem a sexualidade no HC em São Paulo, percebe-se como esses saberes foram fortemente influenciados pela articulação entre elementos e demandas leigos com o funcionamento do campo médico local.

Se tomarmos a criação de tais aparatos de verificação das verdades médicas como uma "cadeia de produção", é possível notar que o funcionamento local deste campo não abarca apenas os "pares" (médicos e especialistas), mas também a *expertise* adquirida pela experiência no trabalho, pelo contato diário e íntimo com aqueles que procuram o hospital, e que é facilitado pelo porteiro do hospital estar localizado simbólica e materialmente em outro lugar, considerado fora do âmbito profissional médico.

No processo local de constituição dos aparatos de verificação das verdades e dos enunciados, que constituem este campo de saber sobre a *compulsão do sexo* e do *amor e ciúmes patológicos*, as demandas por tratamento psiquiátrico são produzidas pouco a pouco na interseção entre as *verdades emocionadas* dos sujeitos e a busca por *verdades racionalizadas* no âmbito dos saberes psiquiátricos e médicos:

São vários os tipos de impulsividade com que a gente lida hoje. O trabalho no AMITI, hoje em dia, mais no AMITI, é pegar as diferentes condições que a gente trata, que são dez, e tentar ver que tipo de impulsividade prepondeira em cada um. Tem histórias ótimas. Por exemplo, as histórias de compras, mas como a gente abriu o ambulatório de Amor e Ciúme, é maravilhoso. Assim, a gente montou o ambulatório pra Jogo, aí a gente achou que não dava pra trabalhar só os pacientes, tinha que trabalhar os familiares, orientar os familiares. Aí tinha um paciente muito, muito grave, chamado César. Aí tinha a família dele, trabalhamos muito com a família do César, aí um dia a irmã dele me procurou e disse assim: "Puxa, que legal. Com essa orientação que você me deu, eu aprendi o seguinte: eu aprendi que uma pessoa pode se viciar em um comportamento, como o jogo, assim como uma pessoa se vicia em substância". Eu respondi: É, a ideia é essa. Joia! "Você acha que alguém pode se viciar em uma pessoa? Você acha que alguém se vicia numa pessoa?". Eu nunca ouvi falar disso. Então escuta isso, a história é a seguinte: Ela tinha trinta e poucos anos. "Quando eu tinha 16 anos, eu conheci o meu primeiro namorado e a gente namorou até os 18. Eu engravidou, ele pagou o meu aborto e caiu fora. Aí eu fiquei seis anos sem sair com ninguém. Então, eu tinha 24 anos, a gente se encontrou

de novo e engatou um novo namoro. Dali há um ano e meio, 25 ou 26 anos, eu estava grávida de novo. Aí ele veio com a história de tirar e eu falei: essa eu não tiro. Essa eu não tiro, eu vou ter essa criança. Aí a criança nasceu e ele caiu fora. Depois disso eu não consegui pensar em mais ninguém. Só penso nele, eu vou atrás dele, eu quero ele. E ele tem um problema grave. Ele é dependente de cocaína. Ele é o pior parceiro que você pode imaginar pra qualquer mulher. Ultimamente tem sido assim: eu saio com ele, ele enche a cara, ele cheira todas, a gente vai pra um motel, ele perde o controle, ele me espanca e vai embora. Me abandona no motel. Aí eu saio de lá jurando que eu nunca mais vou ter um relacionamento com ele, que eu não quero mais saber dele etc. Só que aí passam uns meses, eu começo a sentir falta, eu penso no que ele tá fazendo, eu ouço alguém dizer que ele tá saindo com outra pessoa e fico brava" [...] Ela se dizia viciada nele. Precisava dele, queria vê-lo, não aguentava ficar longe, sabia que não era bom pra ela, ficava se enganando: "Não, ele vai mudar. O meu amor vai transformá-lo". Abrimos um ambulatório de Amor Patológico. Aí amor, amor e ciúmes, como nisso tem amor? Vamos fazer um estudo pra saber. Trazer pacientes pra isso [...] Eu não vou conseguir lidar com serviço especializado de amor, eu vou passar pra alguém. Pra quem? Pra minha esposa. Em qual deles o amor entra? Ela que cuida. Amor e ciúmes. Não era a ideia ser assim, é preciso conhecer. Ciúme é diferente de amor patológico. Então, outra aluna está fazendo estudos sobre ciúmes (médico psiquiatra, São Paulo, 2011).

Ainda que as *verdades emocionadas* e as *racionalizadas* façam parte de regimentos em si diferentes, elas não devem ser entendidas como entidades discretas e separadas. Neste contexto, ao se coproduzirem, criam conhecimentos e comunicam-se a partir dos elementos que articulam emoções e moralidades no âmbito de sistemas de justificação. Além da importância dos elementos leigos que venho apontando na constituição de saberes, este trecho é revelador das articulações entre profissões, relações amorosas e gênero presentes no campo etnográfico. Embora haja poucos subsídios para ensaiar uma análise a este respeito, no final da pesquisa, quando o tema dos campos profissionais despontou em meio ao material, suas dinâmicas vieram bastante marcadas pelas relações amorosas que as atravessavam, principalmente pelos casamentos:

Na pesquisa no HC estive mais próxima das equipes do *amor e ciúmes patológicos* e *sexo compulsivo*. Entre elas, a busca por aprimorar os critérios diagnósticos definidores de tais fenômenos era incessante. Por exemplo, com a primeira equipe, durante as entrevistas, na maior parte das vezes em que estive presente, os sujeitos eram mulheres.¹⁷ Perguntava-se, com a finalidade de estabelecer diferenciações en-

¹⁷ No período da pesquisa, presenciei o atendimento de apenas dois homens.

tre *amor e ciúmes patológicos*, sobre “cheirar roupas e mexer escondido no celular do/a parceiro/a”, e também sobre como os sujeitos se portariam em festas e em outros ambientes sociais na ausência ou na impossibilidade de o outro estar presente.

Além dos agentes mencionados, na invenção destas novas noções e destes aparelhos de verificação de verdades médico-científicas a respeito da *compulsão sexual* e do *amor e ciúmes patológicos*, é relevante considerar aqueles que se encontram no âmbito dos mercados e da mídia. Para isso, é importante compreender dinâmicas envolvidas na expansão e na popularização de uma linguagem social psicologizada, em que um caminho proveitoso é tratá-las no âmbito da noção de mercado *psi*, resultado da descentralização, da diversificação e da complexificação de ofertas e instrumentos psicoterapêuticos (Duarte & Carvalho, 2005). No contexto etnográfico desta pesquisa, penso as relações entre produção, consumo e mercados segmentados a partir das análises que as tomam não como demandas de grupos sociais preexistentes, mas sim como elementos que contribuem para a produção de sujeitos, categorias, estilos, subjetividades e identidades (Sahlins, 2003; Fry, 2002; Gregori, 2010; França, 2010).

No período entre 2003 e 2004, o ambulatório de amor e ciúmes patológicos começou a ser constituído. Na entrevista com a psicóloga, atualmente coordenadora deste ambulatório, ela explicou o aparecimento da *paciente número 1*¹⁸ e o suposto problema que esta mulher enfrentava:

Quando eu fui nessa primeira entrevista, descobri que era com uma mulher, irmã de um paciente que tratava jogo patológico, que ia ao grupo de acolhimento: no grupo de acolhimento para familiares de jogadores, e ela era irmã. Ela contou que, na saída do grupo de acolhimento, ela conversou com o irmão e o irmão falou: “Tudo bem, eu tenho problema com o jogo. Mas você também tem um relacionamento aí há vinte anos, você já se separou do cara, teve filho com o cara, continua atrás dele, continua ligando, continua manipulando através da filha pra saber da vida dele e tudo mais... então, você também deve ter algum problema. Você tem que ir lá conversar com os médicos”. E foi quando ela resolveu marcar essa entrevista e conversar com a gente. Então, estava o [figura relevante] e toda a equipe dele, e eu ali, nova, ouvindo toda a situação. Nova não, retomando, né? Porque eu já tinha ficado no Pró-Sex, eu já tinha ficado no GREA¹⁹ e estava retornando pra essa coisa. Aí eu ouvi, ficou todo mundo tentando diagnosticar, ver no CID, no DSM, ver onde ela se enquadrava, se era dependência, se

¹⁸ Trata-se da mesma mulher mencionada pelo médico psiquiatra no trecho anterior.

¹⁹ Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Hospital das Clínicas/SP.

era compulsão, se era o que... que ela tinha. Ninguém conseguiu chegar à conclusão nenhuma e, em paralelo, o [figura relevante] começou a me pedir que estudasse isso. Que entrevistasse. Outras pessoas acabaram aparecendo com a mesma questão, e tudo mais... Outros pacientes que souberam: “olha aí, eles tão vendo isso”, e apareceram mais um ou dois: “Nossa! Como vamos abordar, como vamos tratar?”. *Aí eu formei um grupo de estudos lá no Ambulatório de Jogo Patológico (Anjo) pra começar a estudar. Lógico que o primeiro livro que a gente leu foi Mulheres que Amam Demais*, da Robin, e putz, tem algumas características, né? Vamos continuar estudando. Como este termo amor patológico – *não existia nem na nossa cabeça* naquela época, começamos a ver com outros termos, né? Tinha *love addiction*, tinha “amar demais”, tinha vários outros termos, e a gente lia, lia, lia pra tentar juntar tudo isso. A gente não tinha nada que fosse brasileiro, do Brasil, nada, não achava. Mas só coisa americana, de 20 anos já, 20 a 30 anos. Muita coisa. E começamos a tentar juntar (Entrevista com psicóloga, São Paulo, 2011).

Em conversas que mantive com o psiquiatra responsável pelo atendimento no ambulatório de sexo compulsivo do AMITI, bem como com a psicóloga estagiária deste serviço, era nítida a influência que os trabalhos de Patrick Carnes, autor do livro *Isto não é Amor*, exercearam na criação de critérios para diagnosticar o suposto problema.²⁰

O interesse e o valor dado aos livros de autoajuda pelos frequentadores dos grupos e pelos profissionais do AMITI chamaram a minha atenção para pensar a relevância do crescimento do mercado editorial deste gênero e seu papel na produção e no alcance de práticas e saberes dele decorrentes. Tal olhar parece bastante acertado, principalmente se verificarmos a concomitância, no início dos anos 90, do *boom* no mercado editorial de autoajuda e o aparecimento dos primeiros grupos de ajuda mútua, anônimos, relacionados ao vício do sexo e/ou do amor e, dez anos mais tarde, na organização do ambulatório de *amor e ciúmes patológicos e sexo compulsivo* do Hospital das Clínicas.

Bens emocionais, bens sociais e campos profissionais

Além da importância dos grupos de ajuda mútua, anônimos, relacionados à adição ao sexo/amor e aos relacionamentos na difusão, propagação e populari-

²⁰ Antes da fundação do DASA em São Paulo, em 1993, alguns homens já se reuniam no bairro do Santana para “falar abertamente sobre suas questões sexuais” e estudar o livro de Patrick Carnes, *Isso não é Amor*, publicado no Brasil em 1991.

zação de tais noções, o trabalho de campo revelou que estes se constituem como mecanismos de produção de um campo profissional. Passei a perceber isso a partir da participação nas *Temáticas* realizadas pelos grupos.

No período em campo, estive presente em oito *Temáticas*. Elas são *reuniões*²¹ especiais nas quais um membro do grupo é convidado a falar sobre um tema, como o processo pessoal de *recuperação*,²² a especialidade profissional de algum assunto relacionado ao tema das adicções, ou ainda a respeito do funcionamento e da organização dos grupos. Elas são divulgadas amplamente nas *salas*²³ de anônimos e são consideradas *reuniões abertas*, pois visitantes e não membros podem participar sem necessariamente acontecer o *ingresso*,²⁴ não havendo em tal situação este momento característico.

Normalmente, elas são iniciadas como de costume: todos rezam a *oração da serenidade* e um dos membros dá início à sessão, mas, ao invés das *partilhas*,²⁵ quem toma a palavra por quase uma hora e meia é o responsável pela *Temática*, depois abrindo-se para perguntas e debates. Com frequência, os proponentes são antigos membros (de 10 a 15 anos de participação), que dão um longo *depóimento* de suas histórias pessoais e de participação nos grupos, como *experts*, a partir de sua experiência de sofrimento.

As *Temáticas* têm um formato de palestras. Nelas, os participantes buscam adquirir conhecimento sobre o campo de saberes no qual os grupos anônimos estão inseridos.²⁶ Metade das *reuniões* nas quais estive presente foi feita por pessoas

²¹ É o modo nativo para designar os encontros semanais dos grupos.

²² As noções êmicas de processo pessoal e recuperação dizem respeito ao domínio e ao uso prático das categorias e dos saberes produzidos pelos grupos anônimos, e consistem na produção de interações intersubjetivas que não estão além, sobre ou no interior dos atores, mas que são estabelecidas mediante o princípio, criado neste contexto, de apoio entre pessoas na mesma condição. Segundo a filosofia destes grupos, é na reciprocidade criada no nível da experiência compartilhada que é possível compreender e gerenciar as aflições vividas e buscar soluções consideradas adequadas.

²³ Sala é um termo êmico polissêmico. Por exemplo, pode ser equivalente à reunião, mas também aparece como referência identitária, ser de sala, ou ainda como menção às ideias de sagrado produzidas de maneira imanente nos grupos, o poder da sala.

²⁴ Nas práticas ritualizadas de ajuda mútua no formato dos 12 passos e das 12 tradições, há sempre um momento para os que estão ali pela primeira vez se apresentarem, contarem como conhecem o grupo e serem convidados a participar das reuniões como membro – este é o momento do ingresso.

²⁵ Tanto partilhas como depoimentos são modos nativos para designar o momento em que alguém pede a palavra no grupo para contar sobre seus sofrimentos

²⁶ Alguns dos nomes das que assisti: “Isso não é amor”, “Codependência”, “Estudo das Tradições”, “Os 12 passos e o sistema de crenças”, “Sexualidade e Recuperação”, “Codependência e Sexualidade”.

que eram anunciadas concomitantemente como *companheiros/as*²⁷ e psicólogos/profissionais ligados ao tema dos vícios e das adicções. Muitos desses encontros tratavam de noções, categorias e saberes sobre o campo *psi*, explorando uma diversidade de práticas terapêuticas a partir das experiências pessoais ou profissionais (ou ambas) dos palestrantes, e ainda das ideias veiculadas por diversos livros de autoajuda. Geralmente, durante as temáticas, havia propostas de atividades e mecanismos práticos para mudança de comportamento, que iam desde maneiras de pensar (*receitas para preparar crenças positivas, crenças limitantes x crenças libertadoras, técnicas do aqui e agora*) até atividades corporais.

Assisti a cinco falas deste tipo, nas quais os palestrantes eram psicólogos e bastante conhecidos dos participantes dos grupos. Entreviewei dois deles, ambos homens que mudaram de profissão depois que passaram a frequentar os *anônimos*. Ao entrar em contato com alguns desses profissionais, ficava claro que a experiência e a transformação pessoal pelas quais haviam passado no grupo haviam sido fundamentais para a mudança de profissão ou a escolha dela. Muitos deles trabalhavam em clínicas terapêuticas voltadas para as dependências de álcool e drogas e também tinham seus consultórios particulares divulgados no mercado profissional *psi* como especialistas em *codependência e adicções*, terapeuta sexual e de casal, terapeuta de 12 passos.

As duas entrevistas foram no consultório particular dos profissionais.²⁸ O primeiro, Pedro, homem, japonês, 56 anos, define-se como psicopedagogo que atua como terapeuta; afirmou ter frequentado por muitos anos AA, NA e DASA; não mencionou a profissão anterior à de psicólogo, mas admitiu a influência dos grupos na escolha profissional: “a experiência com os grupos tem uma importância muito grande na minha profissão, principalmente Neuróticos Anônimos”. Nas duas temáticas a que assisti, Pedro baseou sua fala no livro *Isso não é amor*, de Patrick Carnes. Ele explicou fundamentos do livro, predisposições neuroquímicas e *técnicas de percepção de si* para que um DASA ou uma MADA atenuem seu sofrimento.

O segundo, Bruno, homem aproximadamente de 50 anos, branco, era engenheiro; há um ano e alguns meses *limpo* (termo êmico que significa estar sem usar ou ingerir álcool e drogas) depois de frequentar Narcóticos Anônimos, passou a ser conselheiro numa clínica para dependentes de álcool e drogas. Foi então que decidiu cursar psicologia. Atualmente, trabalha num hospital psiquiátrico em São Paulo, no

²⁷ Maneira como os participantes dos grupos se chamam mutuamente.

²⁸ Nas duas entrevistas houve um constrangimento por parte dos profissionais quando perguntei sobre a relação de sua história pessoal de participação nos grupos e a atividade profissional naquele momento, por exemplo. Um deles, Bruno, não quis que nossa conversa fosse gravada.

qual atua na área de dependência química, e também mantém consultório próprio. Ele é casado com Gabriela, mulher na faixa dos 50, branca, uma das fundadoras do grupo *CODA-Pinheirinho* e referência entre os participantes. Ela já organizou várias temáticas, e Encontros Nacionais²⁹ e está a par do processo e das políticas para a tradução de material dos grupos norte-americanos para o português.³⁰

Conheci Bruno no Encontro Nacional de CODA. Naquele momento, ele falava sobre *sistemas de crenças* e disse que discordava do termo *doença* para designar a codependência, preferindo a noção de *transtorno*. Os comentários dos participantes e a forma pela qual o apresentaram e se dirigiam a ele sugeriam que Bruno era um velho conhecido do grupo.³¹ Durante nossa conversa, ele citou nomes de autores para que eu soubesse mais a respeito de sua apresentação sobre *Sistema de Crenças* e também me contou sobre sua participação em Narcóticos Anônimos. Gabriela fez questão de notar que ele também era CODA e participava do grupo.

Estive presente em outras três *temáticas* em que os palestrantes eram *companheiros/as* e psicólogos/as, mas não consegui entrevistá-los. Duas delas foram feitas por mulheres, na faixa de 50 anos, brancas. Em suas falas, a menção à participação no grupo era explícita; ambas articulavam noções psicológicas e espirituais em um formato de apresentação profissional. Cláudia, que trabalha num serviço de atendimento para dependentes químicos, enquanto explicava o que era a codependência, dava exemplos pessoais: “Nos dois anos em que estive em DASA, eu só chorava, tinha perdido a capacidade de saber das minhas necessidades [...] eu me lembro da última fase do alcoolismo do meu marido, a família estava triste, ele ficava agressivo com os olhos, mas depois nem isso, ele veio para cima de mim, depois chorou, chorou. Eu cheguei no DASA desempregada, sem marido, sem nada, achava uns trocadinhos para ir de São Bernardo para o Itaim [local no qual acontece um dos encontros semanais de Dependentes de Sexo e Amor Anônimos], participei de muitos encontros nacionais, fiz uma faculdade. Acreditem que os 12 passos vão te ajudar, eles são uma reestruturação da casa interior”.

²⁹ Os Encontros Nacionais dos Grupos Anônimos duram de dois a três dias e os participantes ficam hospedados em pousadas, mosteiros ou conventos. Tais encontros contam com infraestrutura para pernoites e alimentação. Durante o dia, a programação de sessões, com práticas ritualizadas que recebem diversos nomes e têm diferentes finalidades, é intensa, contando com reuniões corujões realizadas durante toda a madrugada. O período da noite também é reservado para lazer, quando os participantes se reúnem para se conhecerem, tocar violão, conversar etc.

³⁰ Gabriela tem se dedicado nos últimos anos à tradução do Grande Livro de CODA e de Mensagens Diárias, material inédito no Brasil e bastante esperado pelos participantes.

³¹ As pessoas presentes no encontro o chamaram de nosso psicólogo e, ao cumprimentá-lo no final da fala, disseram que suas palestras eram sempre muito boas.

Clara, 54 anos, psicóloga bastante conhecida entre os participantes dos grupos, abordou questões como *programa espiritual* e *eu espiritual*, citou autores e deu vários exemplos pessoais, incluindo a difícil fase quando cursava a Faculdade de Psicologia. Tratou da noção de doença como um componente físico (localizado no cérebro), mas também como um *chamado e despertar espiritual*.

Finalmente, a *temática* de Gustavo tratou de codependência e sexualidade. Esta apresentação foi a mais “formal” de todas elas, quando ao final o psicólogo revelou ter participado durante um período dos Codependentes Anônimos. Mencionou seus problemas emocionais com sua mãe, e definiu-a como *mãe superpoterosa*, e seu pai como *fraco no papel de pai*. O discurso dele foi revelador de como explicações biologizantes da sexualidade convivem e se articulam a noções de construtivismo social, pois tratou das *disfunções sexuais* (*disfunção erétil, ejaculação precoce e anorgasmia*) e do critério relacional (do casal) para defini-las. Mencionou ainda conteúdos socio-históricos da sexualidade e afirmou que o sexo tem sido entendido como uma “coisa” que pode ser descartada no mundo capitalista. Também em sua apresentação mostrou trechos de filmes que, segundo sua visão, associavam sexualidade e codependência, e afirmou que as transgressões neste campo (comportamento *barebacking*, traição conjugal) deveriam ser entendidas como formas de punição pessoal. Gustavo é terapeuta sexual, especialista em sexualidade pela Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH) e um profissional bastante conhecido na cidade de São Paulo por seu *website* e aparições na mídia.

Ao tomar a produção de um campo médico e *psi* brasileiro referente às noções de adição sexual e amorosa, a partir do trabalho etnográfico na cidade de São Paulo, passei a vislumbrar que os grupos anônimos criavam mecanismos de recrutamento profissional de diversos tipos de terapeutas.

A socialidade produzida em meio aos grupos estabelecia diferentes modalidades de profissionalização, uma vez que o envolvimento e o engajamento com eles são considerados e valorizados como fonte legítima de conhecimento. Neste contexto, havia espaço para os *expertos* que não necessariamente tinham passado pela formação institucionalizada na área de saberes *psis*. Estes/as podiam ser encontrados trabalhando em clínicas ou em programas/projetos, principalmente os relacionados a álcool e drogas. No entanto, a tendência era de os sujeitos irem constituindo suas *carreiras* a partir da articulação entre a moralidade criada nos grupos e a participação em cursos profissionalizantes com algum caráter institucional.

No presente contexto etnográfico, um olhar geral sobre o campo profissional com o qual tive contato permite perceber que as diferentes modalidades de profissionalização criadas em meio aos grupos anônimos recrutava sujeitos com níveis mais baixos de escolaridade e de classes sociais distintas quando comparados às

trajetórias dos profissionais no Hospital das Clínicas. A maioria destes últimos possuía uma espécie de “herança” ligada ao capital cultural, por exemplo, familiares que também tinham sido médicos e/ou psicólogos, grande parte havia estudado na Universidade de São Paulo e eles tinham maior intimidade com o contexto universitário e de pesquisa.

Assim, a dinâmica referente à criação de modalidades profissionais nos grupos está relacionada à transformação de bens emocionais em bens sociais encontrada de modo geral nos fluxos entre os grupos anônimos. Neste contexto, o horizonte ético-afetivo-sexual e seus elementos pedagógicos sentimentais estavam ligados a mecanismos de conversão da ação emocional em competências que, além das esferas amorosas e sexuais, podiam ser manejadas na busca ou na obtenção de recursos e bens sociais vinculados à ideia de êxito social. As *partilhas* e as entrevistas com os/as frequentadores revelaram que as relações estabelecidas em função da importância de participar dos grupos para adquirir tal competência afetiva e sexual também estavam bastante ligadas à noção de “melhorar de vida”, expressa nas preocupações em qualificar-se profissionalmente e conseguir melhores postos de trabalho:

Além disso, as competências adquiridas nos grupos incentivavam, na visão dos sujeitos, a busca por mais e mais espaços e maneiras de adquirir conhecimento e transformá-lo em êxito social. O que quero dizer com isso é que tais competências eram vistas pelos participantes, principalmente os de setores mais populares, como pré-requisitos que podiam ser agenciados para o ingresso em diferentes campos sociais, considerando-se uma bagagem sociocultural anterior trazida e manejada pelos sujeitos. Desta forma, a articulação com os campos profissionais produziam chances de mobilidade social que, no limite, abriam possibilidades de mudar de profissão ou mesmo de ter uma no mercado *psi*, bem como indicavam um movimento em busca de níveis mais elevados de escolarização.

No campo profissional médico e *psi* que pesquisei está presente a ideia de que é importante para os profissionais terem um “plus”, no sentido de serem especialistas em um tema específico. Segundo uma das médicas psiquiátricas do AMITI, por conta do aumento do número de faculdades particulares e pelo fato de os cursos de psicologia exigirem menos investimentos do que os de medicina, havia 60 mil psicólogos para 600 psiquiatras no estado de São Paulo. A partir deste dado, em uma conversa com seus orientandos/as psicólogos/as, ela os/as orientou a buscarem um *atrativo* na carreira para conseguir posições melhores neste mercado profissional, o se referia a se dedicarem a uma especialidade.

Um dado interessante na comparação entre os profissionais que têm suas trajetórias atreladas aos grupos anônimos e os do AMITI é que os primeiros inicialmente capitalizavam a *expertise* adquirida com a experiência de serem *code-*

pendentes, madas, dasas etc. para se posicionarem melhor em tal mercado de trabalho, apresentando-se como especialistas em *codependência, dependências de álcool e drogas, 12 passos*, dentre outros; já os segundos buscavam melhores posições e também tais especializações por outros meios.

Assim, embora todos os profissionais neste campo procurem melhorar seus *atraivos*, a formação ligada aos grupos anônimos no percurso da carreira é uma maneira eficaz de conseguir o “plus” necessário. Além disso, de imediato, eles/as já tinham uma vantagem em relação à projeção no mercado profissional em face dos profissionais do HC, pois possuíam uma clientela em potencial – os sujeitos que frequentavam os grupos – por serem muito apreciados e solicitados para várias atividades neste âmbito e procurados para terapias individuais.

Considerações finais

Ao se tomar o cenário no qual estão articulados o aparecimento dos grupos de ajuda mútua, a popularização do discurso da autoajuda e a criação de serviços médicos e psicológicos especializados voltados para tratamento de vício em sexo e amor no Brasil, percebe-se que as ideias de vício em amor e sexo foram primeiramente uma preocupação leiga e não necessariamente médica.

Considerando o jogo de produção de discursividades e a diversidade de respostas que podem ser dadas a um conjunto de dificuldades – por exemplo, as tensões e as novas configurações relativas ao exercício da sexualidade a partir da segunda metade do século XX – o engajamento de sujeitos no horizonte ético-afetivo-sexual, por motivos variados, encontrou um contexto no campo dos saberes psiquiátricos e da medicina sexual contemporâneos. Este campo cada vez mais vem abandonando as explicações psicogênicas ou aquelas que privilegiam a importância dos contextos mediadores para o entendimento das desordens sexuais, a fim de privilegiar as concepções fisicalistas do tema.³²

Na medida em que os elementos leigos são apropriados pelos saberes especialistas, vão adquirindo novas conotações e apagando a narrativa singular produzida pelas teorias nativas da doença que vigoram nos grupos. No limite, mesmo informadas por elementos patologizadores da sexualidade, as éticas afetivo-sexuais trabalham de acordo com o ritmo de certa criatividade dos sujeitos que escapam dos sentidos estritamente fisicalistas e biomédicos.

³² Para ver a discussão sobre a medicina sexual como parte de processos mais amplos de biologização de concepções acerca do humano, voltada cada vez mais para a atuação e a produção da indústria farmacêutica, ver Russo neste número.

A dinâmica de produção de convenções no campo médico é menos plástica, em muitos sentidos, mais normativa, além de operar em um campo de mercado que inclui a indústria farmacêutica.³³ Neste contexto, esteve em curso o debate para a inclusão da adição sexual, denominada pelo termo *hypersual desorder*, como diagnóstico psiquiátrico na quinta revisão do DSM.

Além disso, a discussão sobre as relações entre grupos anônimos e o campo médico a respeito das categorias de adição sexual e amorosa revela um recrutamento profissional, principalmente de terapeutas, que deve ser considerado como um dispositivo que se apresenta através de esferas profissionais no processo de expansão de linguagens sociais psicologizadas.

A criação e a produção de tais campos profissionais revelam processos em andamento no contexto brasileiro de popularização e propagação de linguagens *psi*, historicamente consideradas um domínio de classes altas e camadas médias altas urbanas, e as configurações e os caminhos utilizados por camadas média/média e média/baixa no processo de ascensão e mobilidade social.

³³ A maioria dos profissionais do AMITI é bastante crítica quanto à indústria farmacêutica e seus “lobbys” de práticas medicamentosas. Neste contexto, há a preferência pelos tratamentos terapêuticos, ao invés do uso de fármacos, embora em protocolos de condutas clínicas os dois possam estar articulados, como aparece no Manual de Transtornos do Impulso, publicado pela equipe de profissionais do ambulatório e muito usado como guia nos atendimentos do Hospital. No entanto, a legitimação de tais práticas, saberes e campos profissionais está articulada – mesmo que na concepção de alguns profissionais de modo crítico e estratégico – a financiamentos da indústria farmacêutica. É no âmbito da formação profissional que essa dimensão aparece com mais força; por exemplo, os coordenadores do ambulatório de amor e ciúmes patológicos e sexo compulsivo iniciaram e consolidaram a formação profissional e de pesquisa ao atuarem junto à “Caravana da Saúde”, projeto desenvolvido pelo Pró-Sex e financiado pelo laboratório Pfizer, um ano após o lançamento do Viagra.

Referências bibliográficas

- AZIZE, Rogério. 2008. "Uma neuro-weltanschauung ? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro". *Revista Mana*. Vol. 14, nº 1.
- BALENCIAGA, Inmaculada Jáuregui. 1997. Codependencia y literatura: La codependencia em la antigüedad clásica. *Revista Española de Drogodependencias*. N° 25 (4), p. 452-477.
- BARBOSA, Bruno Cesar. 2010. *Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, USP.
- BARRY, Kathleen. 1997. "Prostitution of sexuality: a cause for new international human rights". *Journal of Loss and Trauma*. N° 2, p. 1, 27.
- BAYER, Ronald. 1987. *Homosexuality and American Psychiatry: the politics of Diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press.
- BELELI, Iara & OLIVER, José Miguel Nieto. 2011. "Mobilidade e prostituição em produtos da mídia brasileira". In: PISCITELLI, Adriana; ASSIS, Gláucia Oliveira de & OLIVAR, José Miguel Nieto (orgs.). *Gênero, sexo, amor e dinheiro: mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil*. Coleção Encontros. São Paulo: Pagu/Unicamp.
- BRIGEIRO, Mauro. 2011. Assexual: notas sobre políticas sexuais, legitimação científica e a noção de desejo. Apresentação no Seminário Medicalização da Sexualidade Sujetos e Agenciamentos. Unicamp, Campinas. (mimeo)
- CAMPBELL, Nancy D. 2012. "Medicalization and Biomedicalization: Does the Diseaseing of Addiction Fit the Frame?". In: NETHERLAND, Julie (ed.). *Critical Perspectives on Addiction. Advances in Medical Sociology*. Vol. 14, p. 3-25.
- CARNES, Patrick. 1991. *Isso não é Amor*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- CARNES, Patrick. 2001. *Um Suave Caminho ao longo dos Doze Passos*. São Paulo: Madras.
- CORRÊA, Sonia & OLIVAR, José Miguel Nieto. 2010. The politics of prostitution in Brazil between "state neutrality" and "feminist troubles". (mimeo)
- CHAPKIS, Wendy. 1997. *Live Sex Acts, women performing erotic labour*. London: Cassel.
- COLLINS, Barbara. 1993. "G. Reconstructing Codependence Using Self-in-Relation Theory: A feminist Perspective". *Social Work*. Julho 1993. Vol. 38, nº 4.
- DANIELS, Jessie. 2012. "Intervention: Reality TV, whiteness, and narratives of addiction". In: NETHERLAND, Julie (ed.). *Critical Perspectives on Addiction. Advances in Medical Sociology*. Vol. 14, p. 3-25.
- DOSE, Ralf. 2003. "The World League for Sexual Reform: Some Possible Approaches". *Journal of the History of Sexuality*. N° 12 (1), p. 1-15.
- FACCHINI, Regina. 2008. *Entre umas e outras: mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo*. Tese de Doutorado, IFCH, Unicamp.
- FERREIRA, Carolina Branco de Castro. 2012. *Desejos regulados: grupos de ajuda*

- mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes.* Tese de Doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH, Unicamp.
- FRANÇA, Isadora. 2010. *Consumindo lugares, consumindo nos lugares. Homossexualidades e consumo na cidade de São Paulo.* Tese de Doutorado, IFCH, Unicamp.
- FRY, Peter. 2002. “Estética e Política: relações entre ‘raça’, publicidade e produção da beleza no Brasil”. In: GOLDENBERG, Miriam (org.). *Nu&Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.* Rio de Janeiro: Record.
- GREGORI, Maria Filomena. 2010. *Prazeres Perigosos. Erotismo, Gênero e Limites da Sexualidade.* Tese de livre-docência, IFCH, Unicamp.
- GRONEMAN, Carol. 2001. *Ninfomania: história.* Rio de Janeiro: Imago Ed.
- HERMAN, Judith Lewis. 1988. “Considering Sex Offenders: A Model of Addiction”. *Signs.* Vol. 13, nº 4.
- IRVINE, Janice. 2005. *Desorders of Desire: Sexuality and Gender in Modern American Sexology.* Philadelphia: Temple University Press.
- KASL, Charlotte Davis. 1990. *Women, Sex and Addiction: a search for love and power.* New York: Perennial Library.
- KAYE, Kerwin. 2012. De-medicalizing addiction: toward biocultural understanding. In: NETHERLAND, Julie (ed.). *Critical Perspectives on Addiction. Advances in Medical Sociology.* Vol. 14, p. 27-51
- LAQUEUR, Thomas. 2001. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.* Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- LEVINE, Martin P. & TROIDEN, Richard R. 2002. “The Myth of Sexual Compulsivity”. In: PLUMMER, Ken (publisher). *Sexualities.* London and New York: Routledge.
- MACclintock, Anne. 1993. “Sex work and sex workers: Introduction”. *Social Text.* Winter 1993. Nº 37.
- MACKKINNON, Katherine. 2000. “Not a moral issue”. In: CORNELL, Drucilla. *Feminism and pornography.* Oxford Readings in Feminism. Cambridge: Oxford University Press.
- MATTE, Nicholas. 2005. “International Sexual Reform and Sexology in Europe, 1897-1933”. *CBMH/BCHM* Nº 22 (2), p. 253-270.
- NORWOOD, Robin. 1985. *Mulheres que Amam Demais.* São Paulo: Editora Arx.
- OLIVER, José Miguel Nieto. 2010. *Guerras, trânsitos e apropriações: políticas da prostituição feminina a partir das experiências de quatro mulheres militantes em Porto Alegre.* Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- PISCITELLI, Adriana *et al.* 2008. Relatório final do projeto Tensões no feminismo brasileiro contemporâneo. Núcleo de Estudos de Gênero – PAGU, Unicamp, CNPQ Edital 57.
- PISCITELLI, Adriana. 2013. *Trânsitos: brasileiras no mercado transnacional do sexo.* Rio de Janeiro: (CLAM/EdUerj).
- POLLIS, Carol. 1988. “An Assessment of the Impacts of Feminism on Sexual Science”.

The Journal of Sex Research. N° 25 (1), p. 85-105.

- RODHEN, Fabíola. 2008. "O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos". *Manguinhos – História, Ciências, Saúde*. Vol. 1.
- RUBIN, Gayle. 2003. "Pensando sobre o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade". *Cadernos Pagu*. N° 21.
- RUSSO, Jane & CARRARA, Sérgio. 2002. "A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entreguerras: entre a ciência e a autoajuda". *Manguinhos – História, Ciências, Saúde*. Maio-agosto 2002. Vol. 9, nº 2.
- RUSSO, Jane & PONCIANO, Ednal. 2002. "O Sujeito da Neurociência: da Naturalização do Homem ao Reencantamento da Natureza". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. N° 12 (2), p. 345-373.
- RUSSO, Jane. 2004. "Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea". In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena & CARRARA, Sérgio (orgs.). *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond.
- RUSSO, Jane *et al.* 2011. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: Cepesc.
- SAHLINS, Marshall. 2003. *Cultura e Razão Prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- SHRAGE, Laurie. 2007. "Feminist Perspectives on Sex Markets". *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- SCHRAGER, Cynthia D. 1993. "Questioning the Promise of Self-Help: a Reading of 'Women Who Love Too Much'". *Feminist Studies*. N° 19 (1), p. 177-192. Maryland: University of Maryland.
- STRATHERN, Marilyn. 2006. *O gênero da dádiva. Problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- VAMPRE-HUMBERG, Lygia. 2003. *Dependência do Vínculo: uma releitura do conceito de codependência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- WAGNER, Roy. 2010. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naif.
- WEEKS, Jeffrey. 1998. "The meaning of Diversity". In: NARDI, Peter M. & SCHNEIDER Beth E. *Social Perspectives in lesbian and gay studies*. London and New York: Routledge.